Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

33 077 Evaluatie van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering

Nr. 15 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 oktober 2015

Hierbij doe ik u de VWS-Verzekerdenmonitor 2015 toekomen[1]. Deze monitor biedt een samenhangend beeld van de ontwikkeling van zowel de nationale als de internationale aspecten van het zorgverzekeringsstelsel. Met betrekking tot de nationale aspecten van het verzekeringsstelsel wordt met name aandacht besteed aan de werking van regelingen die gericht zijn op specifieke doelgroepen: wanbetalers, onverzekerde verzekeringsplichtigen, onverzekerbare vreemdelingen en gemoedsbezwaarden. Bij de internationale aspecten van het verzekeringsstelsel wordt aandacht besteed aan de zorgkosten die in het buitenland worden gemaakt door verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden. Ten slotte gaat de monitor kort in op het zorgstelsel van Caribisch Nederland.

Deze monitor geeft de stand van zaken weer per 31 december 2014. In deze brief vat ik mijn bevindingen samen. De belangrijkste zijn:
- De stijging van het aantal wanbetalers is relatief laag, vanwege een hogere uitstroom. Dit komt mede doordat preventieve activiteiten van zorgverzekeraars toenemen. Ook de voortgang voor een uitstroomregeling voor bijstandsgerechtigden vordert gestaag. Ik verwacht een concept-regeling begin 2016 bij uw Kamer voor te kunnen hangen.
- Ik zie geen aanleiding de vijf-euro-maatregel in het kader van de regeling voor financiering onverzekerbare vreemdelingen (artikel 122a Zvw) aan te passen.
- De opsporing van verzekeringsplichtige onverzekerden is succesvol. De maandelijkse aanwas van circa 4.500 opgespoorde verzekeringsplichtige maar niet-verzekerde personen door slimme filtertechnieken verder is verminderd naar circa 3.000 personen per maand.

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

kst-33077-15
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Wanbetalers

De monitor laat zien dat de relatief lagere stijging van het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime het gevolg is van een hogere uitstroom. Het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime is vorig jaar met ruim 11.000 personen gestegen naar 327.334 personen. Initiatieven van zorgverzekeraars en gemeenten, zoals in Amsterdam (uitstroom met betalingsregeling) zorgen voor een hogere uitstroom. Ik vind het positief dat ook andere gemeenten samen met zorgverzekeraars kijken of vergelijkbare afspraken mogelijk zijn.

Het aantal van 327.334 wanbetalers is circa 2,5% van de ruim 13,4 miljoen verzekerden boven de 18 jaar. Dit percentage is gelijk aan het percentage wanbetalers ten tijde van het ziekenfonds. Toen waren er 143.000 wanbetalers tegen 5,8 miljoen verzekerden in het ziekenfonds. Ik wil ervoor zorgen dat dit percentage naar beneden gaat door te voorkomen dat mensen in het bestuursrechtelijk regime stromen, maar ook door mensen in het bestuursrechtelijk regime te laten uitstromen. Zo wordt er op dit moment samen met enkele gemeenten en zorgverzekeraars gewerkt aan de criteria waardoor onder voorwaarden groepen wanbetalers kunnen worden aangewezen om uit te stromen. De regeling waarin de voorwaarden voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime worden vastgesteld is in voorbereiding. Ik verwacht dat ik de conceptregeling begin 2016 bij uw Kamer kan voorhangen.

Verder onderzoek ik samen met het Zorginstituut de mogelijkheden om de motie van het lid Leijten[2] uit te voeren. In de motie wordt de regering verzocht een plan op te stellen om het stuwmeer[3] van bijna 100.000 mensen voor 1 augustus 2017 leeg te laten stromen. Ik deel de gedachte dat een permanent verblijf in het bestuursrechtelijke regime nooit de bedoeling van de wet is geweest. Tegelijkertijd maak ik de kanttekening dat uitstroom alleen zinvol is als deze daadwerkelijk structureel mogelijk is. Anders wordt het probleem opgeschoven, omdat er wel «even» uitstroom wordt gerealiseerd, maar de kans groot is dat mensen dan snel weer schuldachterstand opbouwen en opnieuw instromen.

Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel verbetering wanbetalersmaatregelen op 15 april 2015 heb ik een aantal toezeggingen gedaan over in deze VWS-Verzekerdenmonitor op te nemen informatie met betrekking tot wanbetalers.
In reactie op een verzoek van het lid Bruins Slot (CDA)[4] heb ik toegezegd in de monitor gericht aandacht te besteden aan de probleemgroepen die er zijn. Uit de vorige monitor bleek dat relatief veel jongeren in het bestuursrechtelijk regime zitten. Ook viel toen op dat, gezien de opbouw van de bevolking, relatief veel wanbetalers een allochtone herkomst hebben.

In de VWS-verzekerdenmonitor 2015 is wederom inzicht gegeven in de kenmerken van de groep wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime. Zowel de leeftijd, herkomst als de bronnen van inkomen zijn in beeld gebracht. Dit inzicht heeft er mede toe geleid dat er is geïnvesteerd in voorlichting gericht op een aantal specifieke groepen (zie hoofdstuk 4 van de monitor). De cijfers over recidive laten zien dat de groep die voor de tweede keer is aangemeld voor het bestuursrechtelijk regime hard is gestegen. Van de totale instroom in de periode oktober 2013 tot juni 2015 is 25% al eerder aangemeld geweest.

---

[2] Kamerstukken II, 2014/15, 33 683, nr. 48
[3] Het «stuwmeer» betreft wanbetalers aangemeld tussen 1/9/2009 en 1/10/2010.
[4] Handelingen II, 33 683, 15 april 2015, pagina 71

De leden Bruins Slot (CDA) en Bouwmeester (PvdA) hebben tijdens de hierboven genoemde wetsbehandeling een motie ingediend[5] waarin de regering wordt verzocht met het Zorginstituut en zorgverzekeraars in overleg te gaan over de vraag wat de meest voorkomende oorzaken van «onterecht aanmelden» van wanbetalers zijn en hiervoor oplossingen te formuleren. In de afgelopen periode hebben het Zorginstituut en enkele grote zorgverzekeraars dit op mijn verzoek geanalyseerd. Om te beginnen moet een mogelijk misverstand worden weggenomen. Wanneer gesproken wordt over «onterechte aanmeldingen», dan zou daaruit onbedoeld kunnen worden geconcludeerd dat zorgverzekeraars in deze situaties burgers (verwijtbaar) onterecht aanmelden. Dat is niet het geval. Het begrip «onterechte aanmelding» als zodanig wordt gehanteerd in het berichtenverkeer tussen zorgverzekeraars en Zorginstituut in álle gevallen waarin een eerdere aanmelding volledig ongedaan wordt gemaakt, en dus geheel wordt ingetrokken. De betrokkene wordt dan altijd afgemeld met terugwerkende kracht tot de aanmelding. Daarmee is niet gesteld dat de melding, ten tijde van de aanmelding, onterecht is geweest. In veel van deze intrekkingen is namelijk sprake van een situatie waarbij, als de zorgverzekeraar eerder over de betreffende informatie had beschikt, hij de aanmelding niet zou hebben gedaan. Het gaat dan vooral over afwijkingen in de informatievoorziening naar de verzekeraars over burgers die niet meer premieplichtig zijn (vertrek naar het buitenland, in detentie geraakt), of waarbij informatie over getroffen schuldregelingen later binnenkomt en met terugwerkende kracht ten gunste van de betrokkene worden verwerkt. Ook wordt in circa één op de drie gevallen een terechte aanmelding, hoezeer ook rechtmatig, uit coulance-oogpunt toch weer ongedaan gemaakt. Die coulancebetrachtiging is maatwerk en wordt altijd op individueel niveau vastgesteld.

Uit de analyse blijkt dat minder dan 10% van de zogenoemde onterechte aanmeldingen de zorgverzekeraar verwijtbaar is aan te rekenen. Het betreft meestal situaties waarbij betalingen van burgers aan incassopartners van de zorgverzekeraar nog niet zijn verwerkt. Ondanks dat dit relatief kleine percentage, vind ik dit wel een onwenselijke situatie. Het is aan de zorgverzekeraars om het betaalverkeer tussen de burger, de incassopartner en zorgverzekeraar adequaat in te regelen en van de juiste en snelle informatie te voorzien. Ik heb de zorgverzekeraars verzocht dit verder te optimaliseren met hun incassopartners.

Onverzekerden

In de Kamerbrief bij de Verzekerdenmonitor 2014[6] heb ik verwezen naar de evaluatie van de effectiviteit van het opsporingsmechanisme van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerde zorgverzekering die is gedaan in 2014. Uit deze evaluatie bleek dat het systeem van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerde zorgverzekering in hoge mate doeltreffend en doelmatig is en dat het aantal mogelijk verzekeringsplichtige onverzekerden dat in en uit de regeling stroomt was gestabiliseerd op circa 4.500 personen per maand. Ook deze monitor laat dit aantal zien.
In het rapport van de evaluatie is verder aangegeven dat naar verwachting ongeveer een derde van de personen die instromen achteraf gezien niet verzekeringsplichtig blijkt te zijn. Deze mensen doorlopen onnodig het proces van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerde zorgverzekering. Het betreft met name personen die kortdurend in Nederland woonachtig zijn (geweest) zoals buitenlandse studenten. Om die reden heeft de SVB maatregelen genomen om de groep buitenlandse studenten

[5] Kamerstukken II, 2014/15, 33 683, nr. 51
[6] Kamerstukken II, 2014/15, 33 077, nr. 14

die uitsluitend om studieredenen in Nederland wonen uit de bestandsvergelijking te filteren. De SVB heeft mij laten weten dat inmiddels de groep opgespoorde (mogelijk) verzekeringsplichtige onverzekerden is verminderd van circa 4.500 personen naar circa 3.000 personen per maand. Verder onderzoek is nodig om te bevestigen dat de juiste groep personen uit de bestandsvergelijking is gefilterd.

Gemoedsbezwaarden

Eind 2014 was het aantal gemoedsbezwaarden 12.504. Dat aantal was iets lager dan eind 2013 (12.566). Per 1 januari 2016 treedt artikel 39, tweede lid van de Zvw in werking. Dit betreft de afdracht van de bijdragevervangende belastingen aan het Zorgverzekeringsfonds (Zfv). Het gewijzigde artikel regelt dat niet langer jaarlijks (maximaal) 50% van de bijdragevervangende belasting wordt onttrokken aan de spaarrekening ten gunste van het Zfv. Vanaf 2016 vindt onttrekking plaats indien de spaarrekening wordt opgeheven na het overlijden van het laatste lid van het huishouden. In dat geval komt het resterende saldo ten gunste van het Zfv.

Ook vindt er een gedeeltelijke afdracht plaats op het moment dat een tot een huishouden behorende gemoedsbezwaarde, die zich na bereiken van de leeftijd van 18 jaar heeft laten registreren als gemoedsbezwaarde, alsnog verzekeringsplichtig wordt.

Illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen

Sinds 1 januari 2009 biedt de Zvw de mogelijkheid om een bijdrage voor kosten van verleende zorg te verstrekken aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Het Zorginstituut voert deze regeling uit.
De zorglasten voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2014 gestegen naar € 30,8 miljoen. Een groot deel van deze stijging wordt veroorzaakt door een inhaaleffect in de verwerking van declaraties binnen de GGZ. Als gevolg van de DOT-systematiek is er sprake van een grote tijdsspanne tussen het openen van een DOT en het indienen van een declaratie bij het Zorginstituut.

Vijf-euro-maatregel

Sinds 1 januari 2014 gaat het Zorginstituut uit van een minimale eigen betaling van de onverzekerbare vreemdeling van € 5,– per receptregel. Ik heb hierover met uw Kamer van gedachten gewisseld tijdens het Algemeen Overleg inzake de medische zorg voor vreemdelingen op 28 mei 2014. In augustus 2014 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat de vijf-euro-maatregel niet heeft geleid tot een verminderde levering van geneesmiddelen aan onverzekerbare vreemdelingen. Die conclusie was gebaseerd op gegevens over de eerste zes maanden van 2014. De gegevens over heel 2014 leiden tot dezelfde conclusie. Dit betekent dat ik geen aanleiding zie de regeling op dit punt aan te passen.

Internationale aspecten

Verdragsgerechtigden

De stijging van het aantal in het buitenland wonende gepensioneerden met een verdragsrecht op zorg in het woonland ten laste van Nederland heeft in 2014 doorgezet. Het aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigde «gezinsleden» is echter afgenomen. Per saldo is hierdoor het totale aantal verdragsgerechtigden in 2014 min of meer gelijk gebleven

ten opzichte van 2013. Het door Nederland betaalde bedrag aan het buitenland voor de verleende zorg is gedaald ten opzichte van 2013. Hier kunnen echter geen conclusies aan worden verbonden. Fluctuaties in de aan het buitenland betaalde zorgkosten kunnen namelijk door velerlei factoren worden veroorzaakt. Hierbij spelen onder meer lange doorlooptijden (en bijstellingen achteraf), wisselkoersen, en ontwikkelingen in de zorgstelsels of declaratiesystemen van andere landen een rol. Deels wordt deze daling ook verklaard door een stijging van zorggebruik door verdragsgerechtigden in Nederland. Hierdoor treedt een substitutie-effect op: met de stijging van de kosten voor zorg in Nederland dalen de kosten voor zorggebruik in het buitenland.

Zvw-verzekerden

De zorgkosten van Nederlandse verzekerden in het buitenland zijn in het tweede jaar op rij gedaald. Dit is een breuk in de trend van de voorgaande jaren, waarin de kosten van grensoverschrijdende zorg van Zvw-verzekerden alleen een stijging lieten zien. Hieraan kunnen echter geen conclusies worden verbonden. Net als bij de zorgkosten van verdragsgerechtigden zijn deze grensoverschrijdende zorgkosten afhankelijk van verschillende factoren.

Caribisch Nederland

Caribisch Nederland heeft sinds 1 januari 2011 een eigen ziektekostenregeling die van rechtswege geldt voor alle rechtmatig wonende en werkende personen op het grondgebied van een van de eilanden Bonaire, Saba en St. Eustatius. In het Besluit zorgverzekering BES is geregeld wie verzekerd zijn en wie uitgezonderd zijn van de verplichte verzekering. In 2014 waren er circa 24.000 verzekerden. De zorgverzekering is op de specifieke situatie van de eilanden toegespitst en vervangt alle vroegere ziektekostenregelingen, inclusief de algemene verzekering bijzondere ziektekosten (avbz). In de afgelopen periode hebben zich de volgende ontwikkelingen voorgedaan

Per 1 januari 2015 zijn de aanspraken op fysiotherapie en op mondzorg in lijn gebracht met de aanspraken in Europees Nederland. Dat betekent onder meer dat de eerste 20 behandelingen fysiotherapie voor eigen rekening komen en dat er geen aanspraak meer is op een eenmalige sanering van het gebit. Voorts maakt de hielprik per 1 januari 2015 onderdeel uit van het zorgaanbod in Caribisch Nederland.
Op 1 januari 2016 treedt een wijziging van het Besluit zorgverzekering BES in werking. Daarin wordt in verband met wijzigingen in het (Nederlandse) Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen per 1 januari van dit jaar, de kring van verzekerden ingevolge het Besluit zorgverzekering BES aangepast met het oog op het voorkomen van zowel dubbele verzekering als van het ontbreken van verzekering. Tevens is de bepaling inzake premieheffing verduidelijkt.

In september 2013 is de commissie Goedgedrag ingesteld om een advies op te stellen over de toekomst van zorg in Caribisch Nederland op de lange termijn. De commissie heeft in mei 2014 zijn advies afgerond. Het advies van de commissie Goedgedrag is volledig overgenomen. In het najaar 2014 is gestart met het maken van een planning en wordt uitvoering gegeven aan het advies van de commissie Goedgedrag. Dat houdt in dat conform het advies, de zorg in Caribisch Nederland in de periode 2014–2020 verder zal worden verbeterd richting een voor

(Europees) Nederland aanvaardbaar niveau. Het gaat hierbij om het realiseren van een goed functionerend, duurzaam stelsel van zorg, dat voor alle rechthebbenden in gelijke mate toegankelijk is.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers